

Santiago de Chile, \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ABDOMINOPLASTÍA BONO PAD

Yo, \_\_\_\_\_, cédula de identidad N° \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años, por lo tanto mayor de edad, con domicilio en la comuna de \_\_\_\_\_, vengo en suscribir libre y espontáneamente el siguiente documento, que he tenido oportunidad de revisar calmadamente con antelación al día de la cirugía, aclarar los términos empleados y resolver las dudas de la cirugía denominada Abdominoplastía, sin liposucción, bajo la modalidad de Bono PAD.

**1°** He sido informado en qué consiste esta cirugía, concretamente sé que es un procedimiento quirúrgico cuyo fin es retirar el exceso de tejido en el abdomen y tensar los músculos abdominales si fuera necesario. Declaro conocer y cumplir los requisitos exigidos por FONASA para optar a esta intervención bajo la modalidad de Bono PAD. Asimismo, manifiesto que el carácter de esta cirugía es exclusivamente reparador por su propia naturaleza. Los pacientes deben ser capaces de mantener su peso para mantener el resultado.  
Al momento de la cirugía mi peso es \_\_\_\_\_ kilos.

**2°** A pesar de que se esperan buenos resultados, no hay garantía expresa o implícita sobre los resultados que se pueden obtener. Además, se me ha proporcionado una completa información acerca de los efectos indeseables y/o excepcionales que pueden ocurrir durante o después de la realización de este procedimiento, los riesgos son mayores a mayor índice de masa corporal. Entiendo que puedo decepcionarme de los resultados. Los riesgos son hematoma, anemia postoperatoria, asimetría, seroma, sobrecorrección, embolía grasa, linfedema o inflamación prolongada, enfermedad tromboembólica, retracción cicatricial, paniculitis u otras condiciones autoinmunes, infección, riesgos derivados del uso de la anestesia o transfusiones, deformidades visibles o táctiles inaceptables, palpación de prominencias óseas, ubicación de la cicatriz quirúrgica no satisfactoria, cicatrización inestética o patológica, necrosis tisular, pioderma gangrenoso, extrusión de suturas, dolor crónico, necrosis grasa, nódulos o calcificaciones, fibrosis, dehiscencia de herida y pérdida o alteración de la sensibilidad, reacciones alérgicas, alteraciones de la coloración de la piel o eritema AB, irregularidades en el contorno de la piel, laxitud cutánea residual (epigastrio o flancos) o recidivante, *orejas de perro*, aparición de estrías, hernias, perforación intestinal, shock tóxico, shock séptico, fasciitis necrotizante, muerte, entre otros. Acepto que las asimetrías previas pueden no ser posible de corregir.  
Los fumadores tienen un mayor riesgo de complicaciones, por lo que el cirujano plástico me requerirá su suspensión tanto preoperatoria por 4 meses como postoperatorio por un lapso considerable de tiempo.

**4°** Declaro que sufro las siguientes alergias: \_\_\_\_\_, e informo que actualmente padezco las siguientes enfermedades: \_\_\_\_\_.

**5°** Adicionalmente, se me ha explicado que no es posible mediante este procedimiento obtener un resultado determinado, ya que el resultado final puede tener múltiples variaciones dependiendo de la reacción de mi organismo o bien por la aparición de las complicaciones previamente descritas. Puede ser necesario realizar una cirugía adicional, la que será efectuada sin costo en cuanto a honorarios profesionales exclusivamente dentro de la quincena posterior a la cirugía inicial y solo en la clínica donde haya sido efectuada la cirugía primaria.  
Toda re-intervención pasado ese período o en otro centro hospitalario tiene costos asumiendo el paciente los gastos de la hospitalización, honorarios médicos, derecho de pabellón, insumos e implantes.  
Si por cualquier motivo requiriera o solicitara un traslado a otro centro asistencial, entiendo que mi equipo médico no puede seguir a cargo de mi tratamiento.  
No es posible realizar una devolución del dinero pagado por una cirugía ya efectuada.

6° Por este mismo acto, autorizo expresamente al equipo médico, a efectuar todos aquellos tratamientos o medidas adicionales que sean necesarias en el evento de sufrir una complicación al momento de efectuar el procedimiento quirúrgico, y todas aquellas medidas necesarias para salvaguardar mi salud y vida, que tengan relación con el procedimiento antes descrito.

7° En este acto también declaro, haber sido informado que estoy facultado para retirar en cualquier momento mi autorización y consentimiento a los tratamientos médicos descritos, para lo cual, el personal médico se compromete a dar todas las facilidades y documentación necesaria, la cual será anexada a este documento, y que dicha decisión es de mi única y exclusiva responsabilidad.

8° Acepto que las imágenes de mi cirugía sean utilizadas con fines científicos, docentes y/o de difusión, siempre y cuando no se revele mi identidad:

**SI**

**NO**

9° Asimismo declaro que me fue explicado que ninguna simulación informática o gráfica ni tampoco fotos de casos similares que me hayan mostrado en la consulta es garantía de un resultado específico, pues en cada cirugía interfieren factores propios del paciente que no son tomados en cuenta por ningún programa como la cicatrización externa o interna, así como variaciones de la anatomía pesquisadas en el intraoperatorio o eventos ocurridos en el postoperatorio. Aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía expresa o implícita sobre los resultados que se pueden obtener.

10° Finalmente, declaro haber sido informado de todo lo anteriormente descrito, en términos claros y sencillos, personalmente por el médico tratante tanto a mi persona como a don(a) \_\_\_\_\_, cédula de identidad N° \_\_\_\_\_, a quien además autorizo por este acto para recibir de parte del equipo médico toda la información necesaria y complementaria, antes, durante y posterior a ser sometida al tratamiento médico antes descrito, como así mismo, para dar cualquier directriz necesaria que le sea requerida por el equipo médico en caso necesario.

11° Teniendo en cuenta lo anterior, y habiendo sido informado de las alternativas de existentes para mi caso, vengo en prestar mi libre, espontáneo y expreso consentimiento y **acepto** realizar el procedimiento.

\_\_\_\_\_  
PACIENTE

\_\_\_\_\_  
MÉDICO